

# PHILOSOPHICA

## FILOSOFIA E MEDICINA SOBRE DOR E SOFRIMENTO



Departamento de Filosofia  
Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa  
Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa

# **COMPREENDER A DOR A PROPÓSITO DE UM CASO DE ANOREXIA NERVOSA CRÓNICA**

***Dulce Bouça<sup>1</sup>***

(Psiquiatra, Hospital de Santa Maria, Hospital CUF Descobertas, Lisboa)

No encontro de um paciente com o médico, na procura de alívio para uma dúvida, ou uma dor, ou pela consciência de um corpo que se manifesta por um sinal ou um sintoma até então desconhecido, abre-se uma porta para uma relação intersubjetiva, também ela desconhecida e como tal ameaçadora e ao mesmo tempo com uma grande expectativa para que o corpo volte ao estado anterior e a dor acalme.

A reflexão que se segue diz respeito à relação médico-doente, num caso de anorexia nervosa crónica, numa mulher de 57 anos.

## **O primeiro encontro**

Helena, foi trazida à consulta com o psiquiatra pelo marido, por indicação de um médico internista que a tinha tratado no último mês de uma falência generalizada de órgãos, com edema agudo do pulmão.

Depois de exaustivamente investigada para uma magreza extrema, sem diagnóstico conclusivo, foi aconselhada a procurar uma consulta de doenças do comportamento alimentar. Helena pesava 37kg, com 1.69m de altura.

---

1 dulce.bouca@gmail.com.

Protestou contra esta indicação, recusou ter dificuldades alimentares, ameaçou zangar-se com a família se insistissem em pressioná-la, mas acabou por ceder ir à consulta, apenas para que fosse negada esta hipótese de distúrbio alimentar.

O primeiro encontro com o médico, a paciente e o marido iniciou-se num clima hostil para Helena, de desespero e expectativa para o marido. Que ajuda esperava esta mulher que aparentemente recusava ser tratada? O que poderia ser-lhe dado em troca e apesar da sua revolta?

Helena trazia um extenso relatório médico descrevendo uma situação somática (visível) de risco eminente de morte por desnutrição, com referência a várias complicações somáticas nos últimos anos, respiratórias, renais, cardíacas de que foi recuperando com acentuação da magreza. Negou dificuldades alimentares, recusou voltar à consulta afirmando perentoriamente *“Estão todos loucos a dizer que eu não me alimento, ninguém me controla, eu sei cuidar de mim”*.

Levou do médico a sugestão/disponibilidade que se quisesse voltar estaria interessado em ouvi-la e dar-lhe a sua opinião. Saíram deste primeiro encontro num caos emocional, que envolvia os três, paciente, marido e médico, este sentindo-se desafiado e impotente para responder a um pedido não explicitado de um corpo descarnado, exausto e em enorme sofrimento.

Passada uma semana Helena voltou exigindo ter uma conversa a sós com o médico sem a presença do marido. Apresentou a sua história de vida, a infância feliz em África, o curso de história concluído há 35 anos seguido de mestrado e pós graduação, o projeto adiado (mas mantido) de tirar um curso de antropologia, os planos para uma viagem que a juntasse aos familiares a viverem noutra país, um casamento de 30 anos, uma filha e dois netos de quem estava afastada pelos últimos episódios de doenças, uma mãe de 80 anos com quem vivia.

Nunca fez referência ao seu estado de debilidade, nem ao cansaço, nem ao medo de morrer, hipótese afluída no último internamento, pelo contrário acentuando que tinha uma família para cuidar, planos para voltar a estudar e vários interesses intelectuais.

Por fim e para começar, disse *“Depois do último internamento sinto-me cansada”* neste discurso ininterrupto impedindo que o outro (médico) entrasse na sua história, impunha-se uma pergunta que desse oportunidade a que o médico se fizesse ver e ouvir e a pergunta aconteceu *“Há quanto tempo vive mal com o seu corpo?”*

Olhou assustada, incrédula, demorou uma eternidade a responder e disse *“Há 30 anos mas ninguém sabe!”*

## Uma relação atribulada

“Socorre-me, devolve-me a leveza da tão primeira nuvem que avistares.”

Daniel Faria, *Poesia, do inexplicável*, 2003

Na anorexia nervosa, a pessoa procura uma nova identidade através de um novo corpo, como num ritual de iniciação que permita a integração e aceitação no mundo onde os outros se sentem bem, e simultaneamente uma espécie de ritual de libertação do corpo sentido como prisão ou impossibilidade, transportado para um novo plano espiritual que não necessita do corpo para se auto determinar.

No início do processo de tratamento, há uma falta de insight do paciente, para a sua própria doença e a comunicação simbólica como experiência corporal manifesta-se como uma realidade rígida e concreta, que introduz limitações ao processo terapêutico. Outra limitação à terapia diz respeito ao próprio terapeuta, porque o que não é compreensível pode levar a um fraco compromisso na relação.

Contudo, o objetivo do tratamento é sempre o bem-estar do doente mesmo quando o futuro é incerto.

A relação terapêutica inicia-se com um enigma que envolve paciente e terapeuta. Qualquer que seja a teoria ou princípio, não serve para traduzir a incompreensibilidade de um pedido assim formulado: “*Sinto-me mal mas tenho medo de melhorar.*” “*Preciso de ajuda mas não de comer mais.*”

Incompreensível não significa sem sentido ou que não possa ter sentido. Apenas remete para a nossa dificuldade em compreender segundo as nossas referências. Ser incompreensível significa que os elementos que usamos para entender não se adaptam à situação tornando-se necessário encontrar outro modo de lá chegar e como diz Paul Feyerabend, é evidente que existe apenas um princípio susceptível de ser defendido em todas as circunstâncias e em todas as fases da evolução humana. O único princípio que não inibe o progresso é: qualquer coisa serve (Paul Feyerabend, 1993).

Deixemos então a procura da causalidade, sabendo que as coisas resultam de outras coisas e dão origem a novas coisas e voltemos à pessoa que quer e não quer, pede e rejeita, tem fome e não come.

O papel do terapeuta terá que ser o de observador, ouvinte contentor, para dar um significado ao que se manifesta no corpo sem aumentar a confusão. Relação atribulada porque o terapeuta quer e tem como objetivo tratar e o paciente quer mas recusa o essencial no tratamento, comer.

Relação atribulada entre paciente e terapeuta, cada um com a sua relação subjetiva e intencional com o mundo, cada um com a sua experiência corporal, ambos na procura de significados geradores de mudança, mas sem um método comum para o atingir.

Como disse Silvério Marques “A legitimação de cada acto médico deve ser um acto humano, um acto de um sujeito moral, livre e responsável, num acto oportuno, científica e tecnicamente perfeito, a bem do doente. Um acto que integre a ciência do indivíduo do passado e a ciência da complexidade do presente na ciência prudencial do futuro.” (M. Silvério Marques, Tese de Doutoramento, 2002)

Na terapia, gera-se um fluxo de energia que passa a circular entre ambos, cria-se um ambiente que permite avanços e paragens na exploração do desconhecido. Contudo e para que não fique esquecido, cabe ao médico/terapeuta, tratar, eliminar o sintoma e recuperar a saúde, não apenas compreender.

Na anorexia nervosa o corpo passa a ter uma dimensão concreta e manipulável, numa corporalidade auto limitada. A frustração/impotência do médico move-se a par do medo do doente e nenhum dos dois consegue compreender o que o outro quer, nem a liberdade que lhes assiste para se deixarem conduzir um pelo outro.

A única saída para o que é incompreensível é clarificar, não interpretar. A interpretação coloca o paciente numa situação não aberta, que limita a sua liberdade para explorar as razões mais profundas dos seus medos e pensamentos, aderindo a uma proposta externa, a explicação dada pelo terapeuta, que em verdade é apenas uma hipótese, não traduz a realidade do paciente, essa pertence ao próprio e para que se torne visível a sua compreensão devesse ser clarificada.

A descrição de sensações incompreensíveis de um doente com anorexia nervosa, revelam a clivagem entre a auto-percepção do corpo, ele próprio e a mensagem linguística e cultural do corpo social, criando novas metáforas que descrevem a experiência corporal olhada de fora de si próprio.

*“O corpo prende-me os movimentos como se tivesse cordas a envolver-me.”*

*“A comida é como papel de jornal envolta de pedras, que me faz inchar, me suja e me magoa.”*

*“Não posso comer, é melhor, mais seguro, estar vazia”*

Para o paciente o próprio corpo é uma metáfora e gera novas metáforas da sua experiência não partilhada com os outros. “*Cheio/vazio, sujo/limpo, pesado/leve, preso/livre*”. O terapeuta tem que encontrar a metáfora que lhe permita dar resposta a um pedido aparentemente sem possibilidade de resposta.

*“Quero melhorar mas não quero ganhar peso.”*

*“Quero melhorar mas não quero que o corpo mude.”*

*“Não posso começar a comer como toda a gente porque não vou parar.”*

É como se o pedido assim formulado viesse de outro nível existencial, de um corpo transcendente que se quer tornar humano, que vem de outro qualquer lugar para chegar a este lugar, que é assustador (o lugar onde estão os outros).

*“Se não comer, se ficar magra, posso tornar-me outra pessoa livre das partes más (o corpo alimentado).”*

*“Posso criar uma despesa negativa dentro de mim e depois poderei comer o que quiser”*

Perante uma comunicação não compreensível, o terapeuta terá que encontrar a escuta certa e a resposta mais adequada e que possa, ela mesma ser compreensível, isto é, com um significado que se torne significativa para desfazer o impasse no processo terapêutico.

Na descrição de uma supervisão em terapia, Marcus Heinimaa sugere ao jovem psiquiatra que se vê confrontado com a incompreensibilidade que “o que deve ser feito no momento não é escapar ao impossível (não compreensível) mas deixar o impossível revelar-se como é, isto é, como impossível.” (Marcus Heinimaa, 2003)

O paciente quer cumprir-se, libertar-se, renovar-se e quer comer, receber o alimento que não impeça a sua auto-determinação. Remover partes corporais, equivale a remover emoções e cognições negativas. (Finn Skarderud, 2007)

O terapeuta poderá dizer “*se pudermos entender-nos, comprometer-nos, poderemos talvez chegar ao que quer, mas o compromisso implica não ficarmos os dois presos pelas cordas do medo.*”

Helena oscilava entre desejar ter mais energia para poder concretizar os seus projectos e não suportar a ideia de ter um corpo nutrido, não vazio.

A relação de conflito com o seu corpo começara após o nascimento da filha, quando teve consciência que o corpo tinha uma autonomia para além da sua vontade e controlo. A experiência da maternidade foi compensadora e feliz mas também trouxe o medo de poder ser enganada pelo corpo, nos seus desejos e necessidades. Passou a auto impor-se uma alimentação restritiva, afastando-se progressivamente da partilha da alimentação com a família. Passou a cuidar com rigor obsessivo da alimentação dos outros. Esses outros como o marido a quem impediu de se manifestar sobre a sua alimentação, esses outros como a mãe de 80 anos de quem Helena dizia *“Amo-a muito mas sinto-me oprimida por ela, pela sua competência, pela sua elegância”*

Na anorexia nervosa, particularmente na forma crónica e de longa evolução, o doente organiza-se com metáforas corporais, complexas e com uma passagem directa da experiência emocional para a corporal, nas categorias de vulnerabilidade, protecção e controlo.

*“Antes de perder peso ninguém se preocupava comigo e agora continuam a pensar que sou forte e estou assim porque quero.”*

*“Eu e a minha anorexia fazemos um par indestrutível. Ninguém me podia controlar.”*

### **A relação terapêutica, numa relação desigual**

“Porque em seu peito nunca tive aberta a veia exata para lhe dar sangue.”

(Daniel Faria, *Poesia, Últimas Explicações*, 2003)

Nesta realidade cada um tem que assumir o seu papel. O médico tem o objectivo de melhorar a saúde do seu doente e minorar, se puder, a dor que o acompanha, tem contudo que aceitar os seus limites impostos pela vontade do doente.

No tratamento há objectivos não negociáveis, o principal é que o doente terá que começar a comer, para melhorar a sua condição física e sentir-se mais competente para viver.

A recusa na aceitação de alimento é apenas a possibilidade de um novo dialogo, não é uma limitação à intervenção do médico e a sua desconstrução tem que ser simultaneamente firme, persistente e flexível.

Helena teve que ser internada para ser hidratada e equilibrado o seu metabolismo em eminente falência. Primeiro recusou, depois aceitou pondo como condição não receber soro com açúcar e escolher a sua própria comida, tendo acabado por aceder a que essas eram competências médicas.

No internamento todos os dias discutia e criticava as atitudes dos técnicos, tentava e conseguia esconder comida, usava laxantes trazidos de casa, negava o benefício do internamento, pedia alta mas nunca concretizou essa possibilidade apesar de estar em regime aberto, não impedida de fugir.

Tratar ou proteger foram dúvidas que dividiram os técnicos de saúde no internamento, a frustração deu lugar à aceitação e Helena esteve dois meses internada recuperando 3kg (muito pouco para os médicos, um excesso para ela).

Uma das limitações ao processo terapêutico advém da existência de sintomas auto destrutivos que funcionam como auto regulação do afecto, temendo o doente perder o controlo que subjectivamente conseguiu para a sua vida.

Helena dizia: *“o mais assustador é pensar que se a anorexia desaparecer eu fico perdida, já não sei viver de outra maneira.”*

No doente com anorexia nervosa a possibilidade de mentalizar a sua realidade limitada pela doença precisa da capacidade de o terapeuta mentalizar o que sente através do que lhe é comunicado, na clarificação do aqui e agora, na vivência actual e não no passado, mantendo-se ao mesmo tempo livre para agir em conformidade com o tratar, sem interpretações.

Helena mantinha-se obstinada em controlar a vida pelo controlo do corpo mas abriram-se algumas brechas na armadura que a protegia do mundo.

*“Em pensamentos entro dentro de um mundo onde a realidade e o sonho se misturam. A doença arrasta-me para um corredor sem fundo, largo e escuro. Por vezes aparece a luz e o sol e lá vem a vontade enorme de saltar para a liberdade, mas não consigo.”*

Assim foi fluindo o tempo e a experiência, chegou aos 45kg, foi-se estabelecendo uma relação de confiança, não teve acidentes somáticos graves, permitiu-se aceitar alguns novos alimentos como partes de um compromisso de não voltar a ignorar o seu corpo.

*“Tenho conseguido pequenas vitórias a que me agarro como uma naufraga. É uma luta constante em que tento encontrar consensos e alimentar conflitos mas há coisas irrecuperáveis.”*

*“Tive um sonho. Deitada na relva macia, as árvores dançavam e os pássaros respondiam com um barulho contagiante e alegre o sol batia na minha cara fazendo-me ver a vida, o que já me da e o que já me tirou.”*

Um dia a Helena decidiu fazer uma viagem para se juntar à filha e aos netos a viverem noutro país. Queria que a vissem diferente, muito diferente dizia ela, pouco diferente pensava o terapeuta.



Pela primeira vez verbalizou o seu estado de exaustão: *“Tenho que pedir a uma hospedeira que me acompanhe na entrada para o avião não sei se aguento subir a escada sozinha.”* Antes de partir entrega ao médico um testemunho escrito da sua vida com a anorexia, dizendo que podia usa-lo como achasse melhor, para ajudar outras pessoas.

Despediu-se dizendo: *“Espere por mim, hei-de voltar.”* Faleceu, nesse outro país, junto da filha e netos sete dias depois de ter chegado, com uma paragem cardíaca súbita.

Esta reflexão é também uma homenagem a uma doente que ensinou o seu médico a ser melhor terapeuta.

## RESUMO

A anorexia nervosa é uma doença psiquiátrica em que as emoções são imediatamente traduzidas em experiências corporais, com uma forte e rígida conexão entre ambas, sem que essa translação seja percebida pelo próprio.

No processo de tratamento a possibilidade de mentalizar as emoções permitira a auto regulação das cognições e afectos, sendo um processo que diz respeito ao paciente e terapeuta, na procura de significados para a saída do impasse.

O objectivo é sempre o bem-estar do paciente, mesmo quando o futuro não existe.

**Palavras-chave:** anorexia nervosa – compreensibilidade – relação terapêutica.

## ABSTRACT

Anorexia nervosa is a psychiatric illness in which the emotions are immediately translated into body symptoms, with a strong and rigid connection between them, without conscientious of that translation by patient.

In the process of therapy, the possibility of mentalization of the emotions allows auto regulation of cognitions and affects, in a process that involves patient and therapist, looking for meanings for the impasse.

The aim of the treatment is always the patient well-being, even when there is no future.

**Keywords:** Anorexia nervosa – comprehensibility – therapeutical relationship.

**Referências Bibliográficas:**

Daniel Faria, *Poesia*, 2003.

Finn Skarderud, “Easting one’s words, part I, part II”, *European eating disorders review*, 2007.

Manuel S. Marques, *A medicina enquanto ciência do indivíduo*, Tese de doutoramento, 2002.

Marcus Heinimaar, *Nature and narrative: an introduction to the new philosophy of psychiatry*, Cap. Incomprehensibility, Oxford, 2003.

Paul Feyerabend, *Contra o método*, Lisboa: Ed. Relógio D’água, 1993.

EDITORIAL

ARTIGOS

*AT THE HEART OF A DECISION IS A NARRATIVE*

R. M. Zaner

*AGONIA E RAZÕES PARA AGIR: UMA CRÍTICA A PARFIT*

Pedro Galvão

*A PROPÓSITO DA NATURALIZAÇÃO DA DOR NA OBRA DE FILIPE MONTALTO*

Manuel Silvério Marques e José Morgado Pereira

*AS MEDITAÇÕES SOBRE AS LÁGRIMAS E O CHORO DE JOHAN FRIEDRICH SCHREIBER*

Palmira Fontes da Costa

*REDESCOBRIR A SAÚDE QUE NUNCA SE PERDEU. DOENÇA, SOFRIMENTO E CURA NO BUDISMO*

Paulo Borges

*COMPREENDER A DOR. A PROPÓSITO DE UM CASO DE ANOREXIA NERVOSA CRÓNICA*

Dulce Bouça

*O PASSO DO ABISMO: O DESVIVER, A AGONIA E A MORTE DIGNA*

Manuel Silvério Marques

*A “BOA MORTE” DE BACON*

António Lourenço Marques

*SEDAÇÃO PALIATIVA, PERSPETIVA DE UM CLÍNICO*

Madalena Feio

ENSAIOS

*LA RESPUESTA AL PROBLEMA DEL NO-SER EN LA METAFÍSICA DE ARISTÓTELES*

Maria Carmen Segura Peraita

*GRAMSCI E I QUADERNI: FILOSOFIA DELLA PRASSI E IMMANENZA TRA MATERIALISMO E IDEALISMO*

Luca Onesti

*PRÉMIO PROF. DOUTOR JOAQUIM CERQUEIRA GONÇALVES PARA ALUNOS*

DO 1.º CICLO/ CURSOS DE LICENCIATURA (Edição de 2018)

*KANT NO JARDIM DO NÃO SEI QUÊ. NOTAS AO PARÁGRAFO §49*

DA CRÍTICA DA FACULDADE DO JUÍZO

João Maria Carvalho

DISSERTAÇÕES

*LUDO-ESTÉTICA*

Pedro Miguel Celestino Pereira

RECENSÕES

*THOMAS P. KASULIS, ENGAGING JAPANESE PHILOSOPHY:*

*A SHORT HISTORY, HONOLULU, UNIVERSITY OF HAWAII PRESS, 2018*

Ricardo Santos Alexandre

*INSTRUÇÕES AOS AUTORES – NORMAS DE PUBLICAÇÃO*

*INSTRUCTIONS TO AUTHORS – PUBLICATION PROCEDURES*



Patrocínios

